

Plus qu'un simple projet de restauration Un potager sur le toit de la clinique Pasteur à Toulouse

Innovante et surprenante, la clinique Pasteur vient d'installer un potager sur le toit du département de cancérologie. Un projet de restauration qui resserre les liens entre les salariés et patients.

« On avait envie de creuser un projet qui ait du sens pour les équipes et les patients », explique Olivier Collet, directeur technique de la clinique : 500 m² de jardin où sont cultivés les haricots verts, les tomates, les fraises ou encore le basilic.

Au départ, c'était un projet de restauration qui avait pour but de compléter " les légumes dans les assiettes des patients ", mais après trois mois de recul, le résultat est plus surprenant. « Les patients marquent de l'intérêt pour le potager. Une cinquantaine d'entre eux désirent participer à la conception du projet, d'autres à l'entretenir et d'autres à le visiter », précise-t-il. Mais ce qui a interpellé le directeur de la clinique, c'est l'évolution des relations humaines entre soignants et patients. « Ca parle jardin. L'interaction humaine est bénéfique », poursuit-il. Sur le plan médical, le directeur confie que c'est trop prématuré pour avoir un résultat scientifique solide. « La psychologue pense que ce genre de dynamique est bénéfique pour les patients, car, elle permet d'oublier la douleur de la chimiothérapie », souligne-t-il. Mais il faudra plusieurs mois à plusieurs années de recul pour mesurer l'impact psychologique réel sur les patients.



500 m² pour cultiver tomates, fraises et haricots verts à l'abri de la pollution

« L'interaction humaine est bénéfique »

En attendant tout le monde met la main à la pâte. Un retraité de la clinique donne de cours de jardinage aux patients curieux. Les jeunes handicapés de l'établissement et services d'aide par le travail (ESAT) s'occupent de faire pousser les légumes et fruits. Durant l'été, la récolte a été bonne, 180 kg de haricots verts, environ 100 kg de tomates et 50 de fraises. Des produits de qualité car à une telle hauteur, la qualité de l'air est bonne : « Nous avons fait faire des analyses et par exemple, on ne retrouve pas de traces de métaux lourds. Nous avons donc un bon rendement et en plus c'est bio », se réjouit Olivier Collet. À l'avenir, le directeur souhaite que le toit devienne un espace libre et ouvert

à tous. Un autre projet verra le jour au printemps, il consiste à cultiver des fleurs sur le toit. « Les patients offriront les fleurs à d'autres patients ou aux soignants ou aux ambulanciers... » indique le directeur.

Des toiles d'art contemporain aident aussi

Dans la foulée, ils ont ajouté une touche artistique dans les couloirs du bâtiment de cancérologie. Le couloir reliant l'accueil à la salle de chimio s'est transformé en une véritable salle d'exposition. L'équipe a recueilli les témoignages et opinions des patients dans un livre d'or. « Cela aide les patients à se préparer psychologiquement à entrer en salle de soins. Ça adoucit le stress », explique-t-il. Lorsque les délais d'attente sont longs, certains salariés n'hésitent pas à montrer les toiles artistiques aux patients. Une équipe de la clinique désire même organiser des vernissages pour les patients et les salariés.

Sophie Martos

Chez le sujet arthrosique La prise en charge non médicamenteuse doit occuper une place de choix

Partie intégrante de la prise en charge du patient arthrosique, les mesures hygiéno-diététiques contribuent à soulager la douleur, préserver la mobilité articulaire et lutter contre un éventuel excès pondéral.

● Toutes les recommandations internationales le confirment : la prise en charge non pharmacologique de l'arthrose est indissociable du traitement médicamenteux.

De fait, l'OARSI (société internationale de recherche sur l'arthrose), l'EULAR (Ligue Européenne contre le Rhumatisme), le Collège américain de rhumatologie, mais aussi les recommandations des orthopédistes et des kinésithérapeutes mettent en exergue la nécessaire association des mesures hygiéno-diététiques aux traitements médicamenteux : antalgiques, AINS, infiltrations, anti-arthrosiques d'action lente (AASAL), gels, pommades... « L'arthrose est une maladie grave et sérieuse qui survient chez des patients de plus en plus jeunes : il n'est plus rare de voir des patients de 40 ans atteints de cette maladie. En dehors du vieillissement, l'obésité et les traumatismes sont deux grands facteurs de risque d'arthrose », souligne le Pr Francis Berenbaum, chef de service de rhumatologie de l'hôpital Saint-Antoine. Au total, 10 millions de Français souffrent d'arthrose ;



Soulager les douleurs pour libérer le mouvement

50 % des patients ont moins de 65 ans.

Or, l'arthrose est une maladie qui tue de façon indirecte. Les douleurs qu'elle engendre empêchent souvent le patient de pratiquer une activité physique régulière. Cette sédentarité entraîne souvent des complications (maladies cardiovasculaires, diabète, hypercholestérolémie...).

Vers un traitement personnalisé

Toutefois, il n'y a pas une mais des arthroses. « L'arthrose post-traumatique est, par exemple, différente de celle du syndrome métabolique (survenue chez un patient obèse, atteint de diabète, d'hypertension ou d'hypercholestérolémie). De même, les patients obèses ayant un syndrome métabolique n'ont pas le même type d'arthrose que les obèses n'ayant pas de syndrome métabolique. De plus en plus, nous nous orientons vers une prise en charge personnalisée et globale de l'arthrose (traitements médicamenteux, chirurgicaux, mesures hygiéno-diététiques, appareillages médicaux, kinésithérapie, cures thermales...) prenant en compte ces différents phénotypes », précise le Pr Berenbaum.

Les traitements pharmacologiques, mais aussi, non pharmacologiques doivent donc être adaptés à chaque patient. « La prise en charge non médicamenteuse de l'arthrose d'un sportif de haut de niveau, d'un carreur ou d'une personne obèse ayant un syndrome métabolique ne sera pas la même. Pour un patient obèse et/ou ayant syndrome métabolique, la première étape consiste, par exemple, en une perte de poids. Ce qui ne sera pas recommandé pour un patient de poids normal. Toutefois, une chose est sûre : quel que soit le type d'arthrose, l'exercice physique régulier (marche, natation, vélo...) est indispensable. Il faut donc soulager les douleurs pour que le patient puisse être en mouvement, au quotidien », conclut le Dr Berenbaum.

Hélia Hakimi-Prévot

LA DIABÉTOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La chirurgie métabolique L'avenir du traitement du diabète de type 2 ?

La remarquable efficacité de la chirurgie bariatrique sur la rémission du diabète pousse à s'interroger sur son extension aux diabétiques peu ou pas obèses. Attention toutefois au manque d'études dans cette population.

● Depuis 2009, la Haute Autorité de santé stipule que les individus pouvant bénéficier d'une chirurgie bariatrique doivent avoir un IMC ≥ 40 kg/m² ou ≥ 35 kg/m² avec des comorbidités susceptibles d'être améliorées par la perte de poids. Au-delà de son efficacité spectaculaire sur la réduction pondérale, la chirurgie bariatrique constitue un remarquable traitement du Diabète de type 2 (DT2) puisqu'elle est associée à une rémission de la maladie chez 55 à 95 % des patients, comme l'ont révélé de nombreuses études de cohorte et diverses méta-analyses (1,2). Ces dernières années, 4 essais randomisés ont démontré l'impressionnante supériorité à court et moyen terme de la chirurgie bariatrique sur la prise en charge médicale de référence dans la rémission du DT2, avec un recul variant de 1 à 3 ans (3-6). Toutes ces études ont permis de renforcer la place de l'approche chirurgicale dans la stratégie thérapeutique du DT2 (avec par ordre croissant d'efficacité : anneau gastrique, sleeve gastrectomy, bypass gastrique, diversion biliopancréatique) ; elles révèlent que l'amélioration du contrôle glycémique intervient de façon très précoce après l'intervention (surtout après chirurgie induisant une malabsorption), bien avant l'obtention d'un amaigrissement significatif. Ce bénéfice métabolique rapide est lié à la restriction alimentaire et à la perte de poids (diminution de l'insulinorésistance, réduction de la gluco- et lipotoxicité), mais aussi à des modifications de sécrétion de certaines hormones digestives (ghréline, GLP-1, peptide YY...) impliquées dans la régulation de la prise alimentaire et l'homéostasie du glucose (7). Une méta-analyse récente portant sur plus de 1700 sujets confirme que la rémission du DT2 n'est pas prédite par l'IMC initial (sauf peut-être chez les Asiatiques) et s'avère d'autant plus difficile à obtenir que le patient est âgé, le diabète ancien, l'HbA1c pré-opératoire élevée et le traitement antidiabétique complexe (8).

Du bariatrique au métabolique

Ces résultats favorables ont fait peu à peu évoluer la vision purement bariatrique de cette chirurgie (objectif : perte de poids) vers une vision plus métabolique (objectif : rémission du diabète). Il devient ainsi aujourd'hui légitime de s'interroger sur le bien fondé de proposer une intervention à des patients DT2 présentant une obésité de grade 1 (IMC 30-35 kg/m²) voire un simple surpoids, lorsque leur diabète est mal équilibré malgré une observance diététique et thérapeutique satisfaisante. Néanmoins, le rapport bénéfice/risque de cette chirurgie chez ces patients reste à déterminer (9) ; en l'absence d'études randomisées menées spécifiquement dans cette population, la plupart des sociétés savantes reste prudente sur le sujet – comme les Académies de Médecine et de chirurgie en France (10) – à l'exception de la Fédé-

ration internationale du diabète (FID) qui, depuis 2011, reconnaît la chirurgie métabolique comme une option thérapeutique chez les patients DT2 présentant un IMC entre 30 et 35 kg/m² à condition que leur diabète reste mal équilibré (HbA1c > 7,5 %) malgré un traitement médical optimisé, en particulier s'il existe des comorbidités liées à l'obésité (11). La position de la FID se fonde essentiellement sur l'analyse de données d'études d'observation illustrant l'efficacité du traitement chirurgical de l'obésité sur l'équilibre glycémique et la rémission du DT2 dans cette population particulière.

Plusieurs méta-analyses illustrent la remarquable efficacité de la chirurgie chez ces patients (diminution de l'IMC de plus de 5 kg/m² et de l'HbA1c d'environ 2,5 %, rémission du DT2 dans 55 à 85 % des cas) ; si les résultats pondéraux semblent un peu inférieurs à ceux observés chez les patients avec IMC > 35 kg/m², les résultats métaboliques sont comparables, et le taux de décès (entre 0,02 et 0,4 %) et de complications postopératoires (3 à 10 %) similaires à ceux retrouvés habituellement (12-14). Pour autant, seules des études randomisées menées spécifiquement chez ces patients avec un suivi à long terme, versus une prise en charge basée sur des modifications intensives du mode de vie et/ou des agonistes des récepteurs du GLP-1, évaluant également le risque de complications, l'impact sur la qualité de vie et les conséquences socio-économiques, nous permettront d'identifier la place réelle de la chirurgie métabolique dans la stratégie thérapeutique du DT2 chez les patients avec IMC < 35 kg/m².

Rappelons enfin que rémission n'est pas synonyme de guérison : ainsi dans la célèbre étude suédoise SOS, 72 % des patients DT2 opérés étaient en rémission à 2 ans mais seulement 36 % à 10 ans et 30 % à 15 ans (1). Cet échappement est plus fréquent lorsque le DT2 est ancien et la fonction β -sécrétoire défaillante, et est fortement influencé par la reprise de poids (ce qui explique le taux plus élevé de récurrence après anneau ou sleeve gastrectomy qu'après gastrectomy bypass).

Patrice Darmon
CHU Sainte Marguerite, Marseille

- (1) Sjöström L. JAMA 2014;311:2297-2304
- (2) Ribarić G et al. Obes Surg 2014;24:437-55
- (3) Dixon JB et al. JAMA 2008;299:316-23
- (4) Mingrone G et al. NEJM 2012;366:1577-85
- (5) Ikramuddin S et al. JAMA 2013;309:2240-9
- (6) Schauer PR et al. NEJM 2014;370:2002-13
- (7) Dixon JB et al. Lancet 2012;379:2300-11
- (8) Wang GF et al. Obes Surg 2014 (DOI 10.1007/s11695-014-1391-y)
- (9) Lebovitz HE. Obes Surg 2013;23:800-8
- (10) Jaffiol C. Ac. Nat. Chir. 2013;12:031-036
- (11) Dixon JB et al. Diabet Med 2011;28:628-42
- (12) Li Q et al. Diabetes Obes Metab 2012;14:262-70
- (13) Parikh M et al. J Am Coll Surg 2013;217:527-32
- (14) Ngiam KY et al. Obes Surg 2014; 24:148-58